

PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE DES GOITRES HYPERTHYROÏDIENS A BAMAKO

Sanogo ZZ, Koïta AK, Koumaré S, Saye Z, Keïta S, Camara M, Doumbia D, Ouattara M, Togo S, Yéna S, Sangaré D.

Correspondances : Sanogo Zimogo Zié, Service de chirurgie A, CHU du Point G, Bamako Mali. sanogozz@yahoo.fr Tel 76 31 89 77

RESUME

But: évaluer la prise en charge chirurgicale des goitres hyperthyroïdiens dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point-G.

Patients et méthodes : il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive portant sur tous les patients ayant subi une thyroïdectomie pour goitre hyperthyroïdien sur la période allant du 01 Janvier 1998 au 31 Décembre 2007.

Résultats : Au total 131 malades ont été recensés, soit 114 femmes et 17 hommes. La moyenne d'âge des patients était de 39,74 ans avec un écart type de 11,72. Les indications chirurgicales les plus courantes étaient les goitres de la maladie de Basedow (48 ; 36,6% des cas) les adénomes toxiques (39 ; 29,8% des cas) et les goitres multinodulaires toxiques (38 ; 29% des cas). La technique opératoire a été la thyroïdectomie subtotale (90 ; 68,7%), l'isthmolobectomies (39 ; 29,7%), la thyroïdectomie totale (1 ; 0,8%), et l'isthmectomie (1 ; 0,8%). L'examen histo-anatomo-pathologique des pièces opératoires a permis de mettre en évidence un taux élevé de tumeurs épithéliales bénignes (67,1%), ainsi que 8 cas de cancers (6,2%). Les suites opératoires de J0 à J3 ont été marquées par deux cas d'hémorragie (1,5%) et 1 décès (0,8%). A six mois postopératoire 3 cas de cicatrices chéloïdes (2,5%), 3 cas de dysphonie persistante (2,5%) et un cas d'hypothyroïdie biologique (0,8%) ont été enregistrés. Pour 86 malades (71,1%) les suites ont été simples.

Conclusion: la chirurgie reste une des options privilégiées pour le traitement des goitres hyperthyroïdiens dans notre contexte. Les autres options sont onéreuses ou non disponibles.

Mots clés : hyperthyroïdies, goitre, chirurgie, Mali.

SUMMARY

Goal: to assess the surgical therapy in goiter with hyperthyroidism in one surgical unit of CHU du Point-G.

Patients and methods: it was about a retrospective study relating to 131 patients having undergone a thyroidectomy for goiter with hyperthyroidism from January 1st 1998 to December 31st 2007.

Results: files of 131 patients were analysed. The middle age of the patients was 39.74 years, 114 women and 17 men. The goiter in Basedow disease was the first indication for surgery in hyperthyroidism (48 cases; 36.6%) followed by toxic adenoma (39; 29.8% of the cases) and toxic multinodular goiter (38; 29% of cases). Ninety patients had a subtotal thyroidectomy (68.7% of cases). One total thyroidectomy (0.8%), 39 isthmolobectomies (29.7%) and one isthmectomy (0.8%) were carried out. Anatomohistology showed 67.1% of colloid benign tumours, and 8 cases of cancers (6.2% of the cases). Early postoperative course was made of hemorrhage (2 cases; 1.5%), 3 cases of dysphonia (2.5%). One patient died (0.8%). After six month were related 3 cases of wound cheloide (2.5%), one case of dysphonia, and one case of hypothyroidism. For 86 patients (71.1%) the postoperative course were simple.

Conclusion: in our practice surgery remains a traitement of choice for hyperthyroidism goiter. Other options are too expensive or not available.

Key Words: hyperthyroid, goiter, surgery, Mali.

INTRODUCTION

L'hyperthyroïdie est une hypersécrétion prolongée d'hormones thyroïdiennes impliquant d'une part un hyperfonctionnement du parenchyme thyroïdien et d'autre part des manifestations cliniques et/ou biologiques de thyrotoxicose [1]. Elle affecte 1 à 2% de la population mondiale et prédomine largement dans le sexe féminin. Elle constitue la thyroïdopathie la plus fréquente après le goitre endémique et est estimée à 24% des affections de la thyroïde [2]. Les hyperthyroïdies sont graves de par leurs complications cardio-vasculaires. La

chirurgie reste l'option thérapeutique la plus maîtrisable chez nous. Le but de ce travail était d'évaluer la prise en charge chirurgicale des goitres hyperthyroïdiens dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point-G.

PATIENTS ET METHODES l'étude rétrospective descriptive a porté sur la prise en charge chirurgicale des goitres hyperthyroïdiens dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point-G sur une période de 10 ans (du 01 janvier 1998 au 31 décembre 2007). Ont été inclus dans l'étude les patients opérés dans le service pour goitre hyperthyroïdien au départ et équilibré par

traitement médical. N'ont pas été inclus dans l'étude les cas d'hyperthyroïdies cliniques sans preuve biologique, les malades à dossiers incomplets ou non opérés. Le suivi post opératoire a été fait sur rendez-vous de contrôle clinique et biologique à 3 mois, 6 mois, 1 an, ainsi que par personnes contacts pour ceux résidant à l'intérieur du pays et des visites à domicile pour ceux de Bamako. Les variables étudiées ont été l'âge, le sexe, le motif de consultation, le délai d'évolution, le motif de consultation, les signes cliniques et biologiques d'hyperthyroïdie, le type d'hyperthyroïdie, la procédure chirurgicale, la morbidité et la mortalité, l'histologie. Le test statistique de comparaison a été le Khi2, avec une valeur de $p < 0,05$ considérée comme significative.

RESULTATS

Aspects épidémiologiques : pendant la période d'étude 131 malades présentant un goitre hyperthyroïdien ont été recensés, soit 29,9% des 438 pathologies thyroïdiennes et 3,8% des 11 337 consultations. Dans la même période 5307 interventions chirurgicales ont été effectuées parmi lesquelles 241 pour une pathologie thyroïdienne, soit 4,5% des actes opératoires. L'échantillon comptait 114 femmes et 17 hommes, soit un sexe ratio de 6,70 en faveur des femmes. La moyenne d'âge était de 39,74 ans avec un écart type de 11,72 et des extrêmes de 14 et 70 ans.

Aspects cliniques : Le motif de consultation le plus fréquent a été la tuméfaction antéro-cervicale (125, 99,4% des cas). La grossesse accompagnait le début de la maladie dans 18,3% des cas. Le mode de début a été progressif pour 124 malades (94,7%). La durée moyenne d'évolution du goitre a été de 9 ± 8 ans avec des extrêmes de 2 mois et 40 ans. Les signes cliniques d'hyperthyroïdie les plus manifestes étaient les palpitations (100 : 76,3% des cas), les tremblements fins des extrémités (85 : 64,9%), la tachycardie (74 : 56,5%) et l'amaigrissement (72 : 55%). L'histoire familiale de goitre a été retrouvée chez 28 malades soit 28,9%. Des antécédents de chirurgie thyroïdienne étaient notés chez 4 malades (3,1%). Des adénopathies satellites ont été palpées chez 9 malades (7,6% des cas). La taille de la tuméfaction mesurée sur son grand axe était en moyenne de 8,72 cm, avec un écart type de 2,89.

Aspects paracliniques : les taux de TSHus étaient abaissés ou effondrés (inférieurs à 0,15 mU/l ; normes de 0,15-5 mU/l) chez 123 malades (93,9%). Une hyperthyroïdie à T3 était observée dans 81 cas (61,8%). À l'échographie la glande était d'aspect hétérogène dans 71 cas (54,2%). La radiographie cervicale de face a permis de mettre en évidence une déviation de la trachée chez 63 malades (48,1%) associée à une compression sur le cliché de profil dans 10,8%. Des images de calcifications punctiformes intra-thyroïdiennes étaient notées sur les clichés radiologiques dans 8,8% des cas.

Le tableau I indique la répartition des malades selon le type de goitre de hyperthyroïdien.

Aspects Thérapeutiques : le carbimazole a été la molécule la plus utilisée (68 cas; 54,4%) suivie de l'association carbimazole + propranolol (29 cas; 23,2%). La durée moyenne du traitement médical avant chirurgie variait de 7 à 12 mois pour 38 malades (29%). L'observance du traitement médicamenteux préopératoire était mauvaise dans 73,3% des cas après une durée moyenne de 12,7 mois.

Le tableau II indique la répartition des patients selon les procédures opératoires.

Un arrêt cardiaque per opératoire est survenu une fois (0,8%), ainsi que 9 cas d'hémorragie (6,9%). Les suites opératoires de J0 à J3 ont été marquées par deux cas d'hémorragie (1,5%) et 1 décès (0,8%). A six mois postopératoire 3 cas de cicatrices chéloïdes (2,5%), 3 cas de dysphonie (2,5%), due à une lésion récurrentielle unilatérale, et un cas d'hypothyroïdie biologique (0,8%) ont été enregistrés. Au bout d'un an 112 malades ont été revus, soit 18 perdus de vue. En plus de la dysphonie et des cicatrices chéloïdes, deux cas de récurrence nodulaire ont été notés (1,8%).

La durée moyenne d'hospitalisation post-opératoire a été de 3,74 jours avec un écart type de 1,45 et des extrêmes de 2 et 11 jours. La durée moyenne d'hospitalisation était de 6,27 jours avec un écart type de 2,24 et des extrêmes de 4 et 18 jours. L'examen histo-anatomopathologique a permis de mettre en évidence une fréquence élevée de tumeurs épithéliales bénignes, faites de tissu colloïdal macro folliculaire ou adénomateux dans 67,1% des cas, et 17 cas de goitre Basedow (13%). Un cancer thyroïdien a été retrouvé chez 8 malades (6,2% des cas). Il s'agissait de 4 carcinomes vésiculaires (3,1%), 2 carcinomes papillaires (1,5%), 1 carcinome trabéculaire (0,8%) et 1 fibrosarcome (0,8%).

DISCUSSION

Le caractère rétrospectif a conféré certaines limites à cette étude. Ainsi les dossiers cliniques incomplets ont tous été écartés. L'enquête de suivi postopératoire a été menée en exploitant les dossiers hospitaliers et par le recueil des informations des visites à domicile. Le téléphone a aussi été utilisé pour les résidents hors de Bamako. Cette méthodologie a été fastidieuse du fait d'adresses incomplètes, changées ou mal enregistrées.

La fréquence relative de 68,7% de thyroïdectomies subtotaux (tableau II) pour goitre hyperthyroïdien dans notre série ne diffère pas statistiquement des 44,6% relevés par Togo [3] au Mali ($P=0,89$). Comparée à celles d'études européennes et américaines (17%) [4, 5], la différence statistique est significative ($P < 0,001$). Dans ces pays les traitements aux hormones antithyroïdiennes de synthèse et à l'iode radioactif offrent des alternatives à la chirurgie.

La moyenne d'âge de 39,74 ans ne diffère pas statistiquement de celle retrouvée par d'autres auteurs africains ou européens [4, 6]. Lorsque rapportée à celle des auteurs canadiens (55 ans), la différence est statistiquement significative [5] $p < 0,05$. Ceci s'expliquerait par la différence des types de populations.

Le sexe féminin reste un facteur de risque pour la pathologie thyroïdienne. Cette tendance observée dans notre série a été décrite ailleurs [5, 7].

Aspects cliniques : Le long délai de consultation favoriserait l'augmentation importante du volume du goitre, la formation de nodules et de kystes thyroïdiens ainsi que la survenue de l'hyperthyroïdie. Cette tendance est observée par les auteurs européens, et africains [8, 9]. Cependant, entre la durée d'évolution rapportée dans notre série et celle notée par les auteurs turques [10] la différence statistique est significative ($p=0,02$). La méconnaissance de la pathologie et la pratique de la «tradithérapie» pourraient aussi expliquer ce long délai de consultation dans nos pays.

Les différents types de goitres hyperthyroïdiens sont représentés dans les séries à des proportions variables (tableau III). Ainsi le goitre de la maladie de Basedow a été le plus fréquent dans notre série avec un taux de 36,6% comme pour d'autres études [4, 7]. Le goitre multinodulaire est par contre décrit par Kang et al [5] comme cause première de l'hyperthyroïdie.

Une fréquence élevée de palpitations, de tremblements fins des extrémités, de tachycardie et d'amaigrissement a été observée dans nombre de séries [11]. Cette pluralité des signes est très souvent source d'errements diagnostiques et thérapeutiques.

La dyspnée, premier signe de compression par le goitre dans la série avec un taux de 32,1%, est observée par beaucoup d'auteurs [3, 9, 12].

Ces différents troubles contraignent les malades à consulter après de longues années d'évolution.

La fréquence de l'exophtalmie (41,2%) est comparable à celles relevées par Sani [7] et Togo [3], respectivement de 64,9% et 40%.

Aspects paracliniques : L'élévation simultanée des taux d'hormones thyroïdiennes FT3+FT4 ainsi qu'un abaissement du taux de TSH est la règle comme retrouvé dans notre série. Selon les données de la littérature [13, 14] l'élévation isolée de T3 s'observerait avec une fréquence variable de 4 à 30%.

La radiographie cervicale de face et de profil est d'un apport certain car met en évidence une éventuelle déviation trachéale et oriente l'anesthésiste quant aux éventuelles difficultés d'intubation. Cet examen radiologique effectué dans 102 cas (77,8%), a permis de noter 63 cas (48,1%) d'anomalies de déviation et/ou de compression trachéale contre 26% dans la série de Rios [18]. La différence statistique significative

($p < 0,001$) peut s'expliquer par des délais de consultation plus longs dans notre série.

Aspects thérapeutiques : Le traitement médical a été de première intention pour normaliser les concentrations sanguines des hormones thyroïdiennes. D'autre part les rechutes sont fréquentes à l'arrêt du traitement. Après une durée moyenne de 12,7 mois une mauvaise observance du traitement médicamenteux préopératoire a été notée dans 73,3% des cas. Le coût relativement élevé des antithyroïdiens de synthèse, la lassitude dans la prise des médicaments expliqueraient cette attitude des patients. Le traitement à l'iode radioactif n'est pas encore disponible au Mali.

Sur le plan chirurgical deux options d'exérèse sont possibles. La première, la thyroïdectomie totale est préférée par les auteurs dans les pays disposant d'alternatives thérapeutiques [15, 17]. La seconde, la thyroïdectomie subtotale la plus pratiquée chez nous pose le problème du juste milieu entre le risque d'une hyperthyroïdie persistante ou récidivante si exérèse insuffisante, et le risque d'une hypothyroïdie permanente en cas d'exérèse trop large [16]. Au Mali, comme dans nombre de pays africains [6, 7, 9], il est illusoire de prescrire un traitement hormonal à vie et espérer sur un bon résultat.

Morbidité et mortalité : La chirurgie du goitre est corrélée à certaines complications per et post opératoires (hémorragies, lésions des nerfs récurrents, crise thyrotoxisique). Toutes ces complications peuvent être évitées par une bonne préparation des malades et un respect rigoureux des principes de dissection et d'hémostase. Le contrôle de la phonation dès le réveil et l'extubation sur la table, la surveillance des pansements et des constantes hémodynamiques permettent de déceler tôt ces complications et d'en assurer la prise en charge. Plus tard la surveillance clinique et biologique hormonale permet le diagnostic des complications tardives ou définitives. Les taux de récidence sur moignon (0,8% dans cette série) ne semblent pas excéder 4% dans la littérature [17]. Le taux d'hypothyroïdie de 0,8% après chirurgie du goitre est inférieur à ceux trouvés par certains auteurs occidentaux [18]. La pratique de la thyroïdectomie totale est d'exception dans notre contexte du fait des difficultés des traitements de substitution hormonale à vie. Le suivi postopératoire à un an a porté sur 112 patients (92,4%) et les suites ont été simples dans 71,1% des cas. Ce taux de suites simples n'est pas statistiquement différent de celui trouvé par Rios [18] ($p=0,06$). Dans les pays développés, la mortalité liée à la chirurgie thyroïdienne varie de 0-3% [18]. L'examen extemporané des pièces opératoires n'était pas réalisable au Mali au moment de cette étude. Seul l'examen anatomopathologique différé des pièces opératoires a été pratiqué. L'association carcinome thyroïdien et hyperthyroïdie est mise en évidence et est diversement appréciée, présente dans 5

à 6% des hyperthyroïdies [4]. Le taux de 6,2% de cancers dans l'étude ne diffère pas statistiquement des 5,6% et 3,08% rapportés dans la littérature [19, 5], ($p > 0,05$).

La durée moyenne d'hospitalisation de $6,2 \pm 2,24$ jours peut varier en fonction des complications. Cette durée du séjour est de plus en plus courte du fait d'une meilleure maîtrise de la chirurgie thyroïdienne et du faible taux de complications [15].

CONCLUSION

La fréquence relative des goitres hyperthyroïdiens est élevée dans le service de chirurgie « A ». Le goitre Basedow demeure la première indication chirurgicale lorsqu'il s'agit d'hyperthyroïdie. La technique chirurgicale la plus courante reste la thyroïdectomie subtotale avec une faible morbi-mortalité.

REFERENCES

1-V Fattorusso, O Ritter. Vademecum clinique. Du diagnostic au traitement. 17^{ème} Edition, Masson : Issy les Moulineaux, 2004 ; 1981p.
 2-Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD, Martin JB. Harisson Médecine interne. 13^e édition, Arnett : Paris, 1995 ; 2496 p.
 3-Togo A. Le goitre bénin hyperthyroïdien dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré. Mémoire de Chirurgie Générale, Mali, FMPOS Bko 2007.
 4-A Viot, E Babin, A Bequignon, M Vadillo, A Valdazo. Chirurgie de l'hyperthyroïdie: à propos de 43 patients. Rev Laryngol Otorhinol 2003; 124, (2): 117-125.
 5-Kang A, Grant C, Thompson G. Current treatment of nodular goiter with hyperthyroidism (Plummer's disease): Surgery versus radioiodine. Surgery 2002; 132:916-23.
 6-CL Conessa, B Sissokho, M Faye. Les complications de la chirurgie thyroïdienne à l'Hôpital Principal de Dakar : A propos de 155 interventions. Méd d'Afr Noire 2000 ; 47(3) :157-160.
 7-Sani R, Adehossi E, Ada A, Kadre Sabo R, Bako H, Bazira L. Evaluation du traitement chirurgical des hyperthyroïdies : Etude prospective sur 37 cas opérés à l'hôpital de Niamey au Niger. Méd d'Afr Noire 2006; 53(11): 582-86.
 8-Mishra A, Agarwal A, Agarwal G, Mishra SA. Total thyroidectomy for benign thyroid disorders in an endemic region. World J Surg 2001; 25(3): 307-310.
 9-Touré A, Diallo AT, Camara LM, Touré FB, Camara ND. La chirurgie thyroïdienne: Expérience du service de chirurgie générale du CHU Ignace DEEN de Conakry. Mali Médical 2006; 21(3):23-26.
 10-Alimoglu, Akdag M, Sahin M. Comparison of surgical technique for treatment of benign toxic multinodular goiter. World J Surg 2005; 29: 921-4.
 11-Watt T, Mogens G, Ase KR. Quality of life in patients with benign thyroid. A review. European Journal of Endocrinology 2006; 154: 501-10.
 12-Rios A, Rodriguez J, Riquelme J. Prospective study of postoperative complications after total thyroidectomy for multinodular goiters by surgeons with experience in endocrine surgery. Annals of Surgery 2004; 240:18-25.
 13-Wemeau JL. Hyperthyroïdie: Etiologie, physiopathologie, diagnostic, évolution, traitement. Rev Prat 1998 ; 48 : 1377-85.

14-Rajasooraya C. Examining the therapeutic options in hyperthyroidism: A personal perspective. Annals Academy of Medicine 1993; 22:617-23.

15-Colak T, Akca T, Kanik A, Yapici O, Aydin S. Total versus subtotal thyroidectomy for the management of benign multinodular goiter in an endemic region. Anz J Surg 2004; 74(11): 974- 978.

16-F Martin, R Caporal, P Tran BA Huy. Place de la chirurgie dans le traitement de l'hyperthyroïdie. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac 1999; 116: 184-197.

17-Cohen R, Schachter P, Sheinfeld M. Multinodular goiter: The surgical procedure of choice. Otolaryngol Head Neck Surg 2000; 122:848-50.

18-Rios A, Rodriguez J, Balsalobre M. Results of surgery for toxic multinodular goiter. Surg Today 2005;35:901-6.

19-Daou R. Hyperthyroïdie et cancer de la thyroïde. Chirurgie 1998;123:604-8.

Tableau I : Répartition des patients selon les types de goitres hyperthyroïdiens

Diagnostic	Effectif (%)
Goitre Basedow	48 (36,6)
Adénome toxique	39(29,8)
Goitre multinodulaire toxique	38(29)
Goitre basedowifié	6(4,6)
Total	131(100)

Tableau II: Répartition des patients selon les procédures chirurgicales

Procédures chirurgicales	Effectif(%)
Thyroïdectomie subtotale	90(68,7)
Isthmo-lobectomie droite	24(18,3)
Isthmo-lobectomie gauche	15(11,4)
Thyroïdectomie totale	1(0,8)
Isthmectomie	1(0,8)
Total	131(100)

Tableau III: Types et fréquences des hyperthyroïdies selon les auteurs.

Auteurs	MB	AT	GMNT	GB	Effectif
Kang [5] Canada 2002	-	22%	78%	-	315
Viot [4] France 2003	44,2%	9,3%	46,5%	-	43
Sani [7] Niger 2006	64,9%	18,9%	16,2%	-	37
Togo [3] Mali 2007	32%	14%	46%	8%	50
Notre série	36,6%	29,8%	29%	4,6%	131

MB : Maladie de Basedow ; AT : Adénome toxique ; GMNT : Goitre multi nodulaire toxique ; GB : Goitre basedowifié.